

紹介状(診療情報提供書)

— 出生前検査専用 —

紹介先医療機関・診療科

昭和大学横浜市北部病院
臨床遺伝・ゲノム医療センター
出生前検査外来

紹介元医療機関

住 所:

医療機関名:

診療科名:

紹介医師名:

電話番号:

FAX 番号:

下記妊婦が出生前検査を希望しておりますので、紹介いたします。

患者氏名(ふりがな):	緊急時連絡先(携帯など):
生年月日: 西暦 年 月 日 (歳)	
患者情報(以下は必須項目です)	
身長:()cm 体重:()kg 【 月 日現在】	
分娩予定日: 西暦()年()月()日 (算出方法: 最終月経、CRL、移植日、排卵日)	
妊娠週数: 妊娠()週()日【 月 日現在】 ※正確な週数をご記入ください	
最終月経日: 西暦()年()月()日	
胎児の数: 単胎 ・ 双胎(DD ・ MD ・ MM ・ 膜性不明)	
妊娠様式: 自然妊娠 ・ 人工授精 ・ 体外受精(新鮮胚 ・ 凍結胚) ・ 顕微授精	
家族歴・既往歴: なし ・ あり (詳細:)	
妊娠初期CRL:()mm ; 胎児心拍: (+) ・ (-) 【 月 日現在】	
出生前検査外来の受診動機:(該当欄に☑:複数回答可) <input type="checkbox"/> 高年妊娠(出産予定日に35歳以上) <input type="checkbox"/> 染色体数的疾患児(21トリソミー、18トリソミー、13トリソミー)の出産既往がある <input type="checkbox"/> 児が染色体疾患を罹患している可能性が高い <input type="checkbox"/> 胎児先天疾患(形態疾患など)が証明されている ※出生前検査外来では、超音波などの胎児評価は行いません。児に疾患が疑われる場合は、当院産婦人科へ紹介をご検討下さい。 <input type="checkbox"/> 両親のいずれかが転座などの染色体疾患の保因者 <input type="checkbox"/> その他(詳細:)	検討している出生前検査:(該当欄に☑:複数回答可) <input type="checkbox"/> クアトロテスト <input type="checkbox"/> 初期精密超音波検査 <input type="checkbox"/> コンバインド検査 <input type="checkbox"/> NIP T(母体血胎児染色体検査) <input type="checkbox"/> 羊水検査 <input type="checkbox"/> 絨毛検査 <input type="checkbox"/> その他(詳細:)

【当外来は完全予約制です】

- ① 本用紙を主治医に記載していただき、出生前検査外来の予約をおとりください。**専用サイトからのオンライン予約のみ**
- ② 来院当日、この用紙を忘れずにご持参ください。
- ③ 詳しくは、当院ホームページをご確認ください。